

Батвинков Н.И., Спас В.В., Кояло И.К.,
Башко Г.Г., Пыжевский И.В.

**ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ
НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ**

/ Гродно /

В госпитальной хирургической клинике Гродненского медицинского института в течение последних 10 лет повторно оперировано 126 больных, которым ранее были выполнены оператив-

ные вмешательства на толстой кишке с формированием временных колостом. При этом у 32 больных операции производились по поводу доброкачественных заболеваний и травм кишечника, а у 94 - в связи с наличием злокачественных заболеваний.

Характер восстановительных операций состоял в снятии колостомы, резекции петли кишки, несущей свищ, наложении толстокишечного анастомоза. У большинства больных ранее были выполнены вмешательства по типу операции Гартмана, при этом чаще всего они производились по экстренным показаниям в связи с развитием острой кишечной непроходимости. У 82 больных были сформированы голсто-толстокишечные анастомозы, у 44 — толстопрямкишечные. Непрерывность кишечника чаще всего восстанавливалась путем наложения анастомоза «конец в бок», реже использовались другие методики. В течение последних 10 лет в клинике редко применяются многорядные кишечные швы, в том числе в колопроктологии. Как правило, голсто-толстокишечные и толсто-прямкишечные анастомозы формируем с помощью однорядного шва без захвата слизистой.

Гнойно-септические осложнения после указанных операций имели место у 28 пациентов, причем, у 15 из них они были обусловлены несостоятельностью многорядного толстокишечного шва. Несостоятельность однорядного шва имела место в одном случае, когда из-за тяжелого спаечного процесса одновременно выполнялась и резекция тонкого кишечника.

Среди гнойных осложнений преобладали флегмоны передней брюшной стенки и ограниченные перитониты. Это наблюдалось преимущественно у больных онкологического профиля и имеющих избыточный вес. При несостоятельности толстокишечных анастомозов производилось повторное оперативное вмешательство, которое заключалось в санировании брюшной полости, ушивании культи дистального сегмента кишки и наложение новой концевой колостомы. При наличии сопутствующей флегмоны передней брюшной стенки операцию заканчивали формированием лапаростомы, которая позволяет в послеоперационном периоде контролировать динамику раневого процесса передней стенки живота и адекватность санирования брюшной полости.

При развитии септических осложнений или их угрозе возникновения широко применяем методы экстракорпоральной детоксикации. Наиболее часто использовалась гемоперфузия с применением антипротеиназного гемосорбента «Ово-сорб». Всего за период лечения осуществлялось от 2-3 до 6-8 сеансов детоксикации. В комплекс интенсивной терапии обязательно включалась заместительная (человеческий иммуноглобулин, пентаглобин, сандоглобулин) и иммунореабилитирующая терапия.

Анализируя результаты проведения интенсивной терапии следует отметить, что при возникновении гнойно-септических осложнений после восстановительных операций на толстой кишке необходимо максимально раннее ее проведение. Это позволяет улучшить состояние больных, расширить возможности применения дополнительных хирургических вмешательств. Послеоперационная летальность составила 4,7%.